CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 8

DE

L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

ET DE SON TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Décembre 1890

PAR

François SAUVAJOL

Né à Montpellier, le 24 février 1852

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

3, Place de la Mairie, 3

1890

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN (✻) . . . . . DOYEN
BERTIN-SANS. . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Médecine légale et toxicologie.	MM.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.		DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie		ENGEL.
Id. VILLE (Ch. de c.)		
Hygiène.		BERTIN-SANS.
Clinique médicale		CASTAN (✻).
Clinique médicale		GRASSET.
Physiologie.		LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.		TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.		GRYNFELTT.
Opérations et appareils		CHALOT.
Anatomie pathologique et histologie . . .		KIENER (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻).
Anatomie.		PAULET (O. ✻ ✻).
Pathologie interne.		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET.
Physique médicale.		IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Pathologie externe (Ch. d. c.).		ESTOR.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✻).
Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. ✻ C. ✻).

Chargés de Cours de Cliniques annexes

Clinique des maladies des vieillards . . .	MM.	MOSSÉ (✻), agrégé.
Clinique ophthalmologique		TRUC, agrégé.
Clinique des maladies des enfants. . . .		BAUMEL, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutanées. .		BROUSSE, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. DE GIRARD	MM. TRUC	MM. SARDA
BLAISE	GERBAUD	ESTOR
BAUMEL	GILIS	HÉDON
VILLE	BOINET	LECERCLE
FORGUE	BROUSSE	

MM. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, *président.*
CHALOT, *professeur.*
TRUC, *agrégé.*
FORGUE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A la Mémoire de mon Père

A la Mémoire de mon Frère

A la Mémoire de ma Sœur

F. SAUVAJOL.

A MA MERE

A mon Frère, à ma Belle-Sœur

A ma Sœur, à mon Beau-Frère

A mon Oncle le Docteur DUNAL

F. SAUVAJOL.

A MON AMI ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Le Docteur TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

F. SAUVAJOL.

A mes Maîtres de la Faculté de Montpellier

A MES AMIS

F. SAUVAJOL.

INTRODUCTION

Le travail que nous présentons à nos juges a pour titre : *Contribution à l'étude de l'hypertrophie de la prostate et de son traitement;* il nous a été inspiré par M. le professeur Tédenat.

N'ayant pas voulu faire un exposé complet de la question, nous nous sommes attaché surtout à mettre en lumière quelques points de pathogénie et de physiologie pathologique, dont la solution nous semblait indispensable à la saine appréciation de l'utilité et de la valeur des opérations dites curatives. Inspiré par cette idée, nous avons été amené à laisser dans l'ombre certains points qui auraient naturellement trouvé place dans un travail complet. Nous prions nos juges de se bien placer à ce point de vue pour apprécier notre thèse.

La première partie comprend un rapide aperçu sur l'anatomie, l'histologie pathologique et l'évolution clinique de la maladie. La deuxième est consacrée à l'étude des divers moyens qui ont été proposés contre l'hypertrophie de la prostate. Nous en apprécions la valeur et en posons les indications, laissant surtout dans l'ombre les moyens hygiéniques et médicamenteux pour étudier plus longuement

les indications des opérations sanglantes palliatives et curatives.

Qu'il nous soit permis, après cette rapide introduction, de remercier cordialement nos camarades MM. Puech, Lassalle, Sacaze, internes des hôpitaux, et Vieu, qui ont bien voulu nous communiquer les observations qu'ils ont recueillies dans leur service ; mais il est une dette de reconnaissance que nous ne pouvons oublier, c'est celle que nous avons contractée envers tous les professeurs de cette Faculté, et en particulier envers M. le professeur Tédenat, dont les bienveillants conseils et la constante sollicitude nous ont puissamment encouragé et soutenu dans la tâche un peu ardue de mener à bonne fin des études qui avaient duré trop longtemps. Qu'il reçoive ici l'expression de notre profonde gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

ET DE SON TRAITEMENT

PREMIÈRE PARTIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — EVOLUTION CLINIQUE DE LA MALADIE

§ I

D'après Thompson, une prostate d'un poids de 25 gr. doit être considérée comme atteinte d'hypertrophie. C'est la limite inférieure ; car, dans certains cas exceptionnels, le poids peut être beaucoup plus élevé. Gross rapporte un fait où une prostate hypertrophiée pesait 288 gr. Le poids moyen de l'organe hypertrophié oscille entre 34 et 46 grammes.

Les diamètres transverse et vertical d'une prostate hypertrophiée peuvent ne pas être augmentés, tandis que l'antéro-postérieur l'est toujours. L'organe est plus épais qu'à l'état normal. Sa surface est hérissée de bosselures ; son tissu ferme crie sous le scalpel. Sur une coupe, la section ne demeure pas

plane, mais se renfle çà et là, comme si des portions de substances, trop étroitement serrées une fois libérées par la division de l'organe, tendaient à s'énucléer. Et elles s'énucléent, en effet, facilement, condition très favorable au point de vue opératoire, et qui a été utilisée par divers chirurgiens. Ces tumeurs, qui ne sont reliées à la prostate que par un tissu cellulaire lâche, constituent les fibromes périglandulaires de Launois.

Lorsqu'on divise, par sa paroi supérieure, la portion prostatique de l'urètre, on observe, avec beaucoup de netteté, la configuration de l'hypertrophie, et les déformations subies par le canal. Ordinairement, la prostate se trouve uniformément atteinte par l'hypertrophie. Dans ces conditions, les lobes latéraux font saillie dans l'intérieur de l'urèthre par des parties renflées, représentant des segments d'ellipsoïde, tandis qu'en arrière du verumontanum la portion médiane se soulevant, en haut et en avant, tend à obturer l'orifice urétro-vésical, et à proéminer dans la vessie.

Mais il est des cas, plus rares en vérité, que ceux dont il vient d'être question, où les diverses parties de la glande ne sont pas également atteintes. L'hypertrophie peut ne porter que sur un seul lobe, ou sur deux à la fois, et, dans ces cas, toutes les combinaisons sont possibles. Les tableaux suivants, empruntés à Thompson et à ses traducteurs, vont montrer la proportion et la fréquence relative de ces divers cas.

1° Statistique de Thompson portant sur 123 cas

a. Formes communes de l'affection

I. Hypertrophie générale de la prostate, les deux lobes latéraux et la portion médiane à peu près également développés . . . . . 74 cas

II. Hypertrophie générale de la prostate, mais avec prédominance marquée du lobe moyen. . . . . 19 cas

III. Hypertrophie générale, mais avec prédominance du lobe droit . . . . . 8 cas

IV. Hypertrophie générale, mais avec prédominance du lobe gauche . . . . . 11 cas

b. Formes rares de l'affection

V. Lobes latéraux seuls hypertrophiés. . . . 5 cas

VI. Commissure antérieure seule hypertrophiée ou plus hypertrophiée que tout le reste. . . . . 5 cas

VII. Les lobes latéraux et la commissure antérieure hypertrophiés à l'exclusion de la partie médiane. . . 3 cas

2° Statistique des traducteurs

	Musée Dupuytren	Musée Civiale	Total
Hypertrophie de tous les lobes . .	7	9	16
» du lobe médian. . . .	8	5	13
» des lobes latéraux. . .	5	6	11
» du lobe latéral gauche	1	3	4
» du lobe latéral droit . .	1	2	3
Total. . .	22	25	47

Ces statistiques prouvent que l'hypertrophie totale et uniforme est la règle. Lobes médian et latéraux sont le plus souvent également augmentés de volume; dans ces cas le canal de l'urètre se trouve constamment rétréci latéralement et coudé à des degrés divers, par l'hypertrophie du lobe moyen. C'est

cette coudure dont l'angle est plus ou moins grand, quelquefois tout à fait droit, qui constitue l'obstacle le plus sérieux au cathétérisme. Le bec de la sonde ordinaire rigide ou molle, vient buter contre ce mur vertical et ne peut pénétrer dans la vessie.

Nous devons insister un peu sur les formes qu'affecte l'hypertrophie du lobe moyen, car c'est presque exclusivement contre lui qu'ont été jusqu'ici dirigées la prostatectomie et la prostatotomie. Ce lobe moyen qui, d'après Thompson, n'existe pas à l'état normal, se développe aux dépens de la portion glandulaire située en avant des canaux éjaculateurs. Or, à mesure qu'il s'accroît, il se détache du plancher de l'urètre, soulève en haut, la muqueuse et les tissus sous-muqueux, formant ainsi un repli en forme de demi-rideau, qui tend à oblitérer d'une manière plus ou moins complète l'orifice urétro-vésical. Ce repli taillé à pic du côté de l'urètre, où il forme la coudure que nous avons décrite, peut ne faire du côté de la vessie qu'une saillie, à peine sensible et quelquefois nulle. Le bas-fond vésical aboutit alors à la bride par une pente plus ou moins douce. Cette disposition anatomique constitue une des variétés de ce qui a été décrit sous le nom de *barre*.

Dans d'autres cas, relativement fréquents ceux-ci, la forme du lobe moyen varie et son volume est beaucoup plus considérable. On a alors affaire à une véritable tumeur, le plus souvent sessile, mais quelquefois très nettement pédiculée, arrondie ou ovoïde, sorte de croupion (1) qui fait saillie dans la vessie, visible et facilement accessible par une ouverture faite à ce viscère.

Entre ces deux types existe naturellement une foule d'inter-

---

(1) Guyon — Leçons cliniques sur les maladies de la vessie et de la prostate. Paris, 888. p. 551.

médiaires, mais la connaissance de ces deux variétés d'hypertrophie du lobe moyen, est très importante ; et cliniquement, lorsqu'on se résoudra à une intervention chirurgicale, il nous semble qu'on devra les distinguer avec certitude, car la voie que l'on suivra dépendra du diagnostic porté. A-t-on affaire à une barre ? on la divisera très facilement par le périnée, et il sera possible en outre de laisser dans l'urètre la large canule qui doit assurer le succès de l'opération. Si, au contraire, le lobe moyen fortement hypertrophié fait dans la vessie une saillie considérable, il est bien évident qu'il ne pourra être extirpé que par la voie hypogastrique.

Les lobes latéraux, en s'hypertrophiant, impriment à l'urètre des modifications de forme très variable, suivant que l'augmentation de volume frappe les deux lobes ou l'un des deux isolément. Nous ne nous attarderons pas à étudier ces déformations, qu'on se représente très facilement avec un peu de réflexion et qui sont partout décrites. Mais il est un point sur lequel nous désirons appeler l'attention. Son élucidation nous paraît être de la plus haute importance au point de vue thérapeutique, et pourtant il nous a semblé que les auteurs l'avaient laissée dans l'ombre. Le lobe moyen intervient-il seul dans la rétention d'urine ? est-il seul à former l'obstacle ? Jusqu'ici les chirurgiens semblent l'avoir admis au moins implicitement, puisque dans leurs opérations ils l'ont exclusivement attaqué. Et cependant il est difficile de nier, lorsqu'on considère ces masses qui s'adossent l'une à l'autre dans l'intérieur du canal de l'urètre, qu'elles comblent, que les lobes latéraux ne puissent et ne doivent intervenir dans le mécanisme de la rétention d'urine au moins autant que le lobe moyen. On doit admettre au contraire, d'après l'anatomie pathologique, que les lobes latéraux et lobe moyen, contribuent également à la production de ce syndrome clinique. Et si l'on considère que l'hypertrophie générale et uniforme de la prostate est la règle,

ainsi que le démontrent les tableaux statistiques ci-dessus rapportés, on est bien obligé de convenir que l'obstacle fourni par les lobes latéraux, loin d'être regardé comme une quantité négligeable, doit être au contraire pris en sérieuse considération. Beaucoup, sans doute, ont fait des opérations incomplètes qui n'ont enlevé que le lobe moyen, et peut-être certains insuccès opératoires sont-ils dus à cet oubli.

§ II

Ce rapide aperçu d'anatomie macroscopique doit être complété par l'étude histologique de l'hypertrophie prostatique. Cette partie de notre travail est d'un haut intérêt, puisqu'elle permet de se rendre un compte très exact de la nature de cette lésion et qu'elle donne à la théorie de l'artério-sclérose, considérée comme cause pathogénique de l'affection, de solides bases anatomiques. Cette question a été traitée d'une manière très complète par Launois (1), au travail duquel nous ferons de larges emprunts.

Les recherches de cet auteur prouvent que l'hypertrophie prostatique est le résultat de la sclérose sénile. Il démontre, en effet, que dans la prostate aux différents âges la production de tissu conjonctif s'accroît avec les années. Pendant la vie fœtale, l'enfance et la première jeunesse, l'élément glandulaire prédomine. A 25 ans, le tissu conjonctif est déjà très visible et ne cesse plus de s'accroître jusqu'aux dernières périodes de la vie.

---

(1) Launois. — De l'appareil urinaire chez le vieillard. (Th. Paris, 1885.)

Vers 35 ans, il se forme dans la glande de véritables travées conjonctives, qui, parties d'un anneau fibreux périurétral, rayonnent dans toutes les directions entre les lobules glandulaires, et vont s'embrancher sur la capsule fibreuse de l'organe. Celui-ci se trouve ainsi cloisonné. Dans la suite, ces cloisons s'épaisissent par une plus abondante production de tissu conjonctif, et il se forme ainsi de petites masses arrondies, de volume variable, au centre desquelles se trouvent des acini glandulaires, encore normaux au début de ce travail de sclérose, mais se dilatant ensuite et contenant alors très fréquemment de petites concrétions, véritables calculs de nature épithéliale ou phosphatique. Dans l'extrême vieillesse, glandes et fibres musculaires lisses sont plus ou moins atrophiées par l'extrême développement du tissu conjonctif, qui forme alors ces tumeurs que nous avons décrites et que Launois désigne du nom de fibromes périglandulaires.

Donc, d'après les travaux de cet auteur, la formation de tissu conjonctif et la production de tumeurs est un effet de l'âge. Or il arrive que sous certaines influences que l'auteur ne précise pas, les fibromes s'accroissent en nombre et en volume, aboutissant ainsi à la constitution de l'hypertrophie prostatique. Pour cet auteur, on le voit, l'augmentation de volume de la glande est un effet direct de l'âge, et de cette tendance qu'ont les divers tissus à se scléroser pendant la vieillesse. Car, il ne faut pas s'y tromper, il n'y a pas que la prostate qui soit atteinte de sclérose. Les reins, les uretères, la vessie, et le système artériel en général participent aussi à ce processus.

Les reins sont petits, contractés, lobulés, hérissés de petites saillies et présentent des kystes de divers volumes. Ils sont rouge-brun, leur capsule est très adhérente, et sur une coupe la substance corticale se montre très atrophiée. Les artères sont atteintes d'endo-péri-artérite chronique ; ce sont, en un mot,

les lésions du rein sénile. Cette néphrite interstitielle compatible encore avec le fonctionnement régulier de l'organisme met toutefois le rein en imminence morbide. Aussi ne doit-on pas s'étonner des congestions et des inflammations aiguës qui surviennent chez le prostatique d'une manière si subite. Ce point a été mis en lumière par Tuffier dans sa thèse (1).

Les uretères présentent dans leurs parois les mêmes lésions scléreuses. Aux dernières périodes de l'affection prostatique, lorsqu'il existe de la rétention d'urine avec distension de la vessie, il n'est pas rare de voir ces canaux, énormément dilatés, offrir des bosselures et d'énormes circonvolutions. Dans ce cas les calices et le bassinet sont extrêmement distendus, et le rein étiolé par cette pression, réduit à un degré extrême d'atrophie.

Comme les autres parties de l'appareil urinaire, la vessie, elle aussi, chez le vieillard, se trouve atteinte de sclérose. Les parois en sont épaissies; la muqueuse adhère aux tissus sous-jacents, et, dans la couche musculaire, le tissu connectif se voit très nettement entre les divers faisceaux de fibres lisses, qu'il tend à atrophier par son développement. C'est la structure histologique de la vessie de tous les vieillards.

Chez le prostatique, lorsque l'obstacle à l'émission de l'urine se fait sentir, la vessie, par l'excès de travail auquel elle se trouve soumise, tend à s'hypertrophier. C'est alors qu'apparaissent les colonnes en nombre et de volume variable, circonscrivant entre elles des espaces arrondis ou elliptiques, grands ou petits, au fond desquels la muqueuse se déprime plus ou moins profondément. Ainsi se trouvent constituées les cellules.

L'examen histologique d'une de ces colonnes montre qu'il

---

(1) Du rôle de la congestion dans les maladies des voies urinaires. Thèse de Paris, 1885.

y a d'abord hypertrophie réelle de fibres lisses. Leur nombre ne paraît pas accru ; c'est leur volume qui est augmenté. Mais même dans ces conditions, le tissu conjonctif prédomine dans ces colonnes, et c'est à lui qu'est attribuable la plus grande partie de leur masse. On conçoit dès lors facilement que celui-ci par son incessant accroissement ne peut que tendre à étouffer l'élément contractile. Dans cette lutte, c'est la sclérose qui l'emportera et la vessie ne tardera pas à être irrémédiablement frappée dans sa puissance contractile. C'est du moins ce qu'affirme Guyon et à sa suite l'Ecole de Necker. Nous verrons plus loin si la clinique confirme ces déductions anatomo-pathologiques.

Les systèmes artériel et veineux, non-seulement dans le département urinaire, mais encore dans tout le corps, sont atteints d'athérome plus ou moins accentué. L'altération des vaisseaux de la vessie et des plexus périprostatiques est surtout remarquable. Ceux-ci sont énormément développés ; les veines enfoncées dans une gangue fibreuse très dense, y sont épaissies, fortement dilatées et bosselées par places. Ces dispositions histologiques, en diminuant l'impulsion sanguine, favorisent les stases veineuses, qui jouent dans la pathologie du prostatique un rôle si important. Aussi, *sclérose et congestion* sont, d'après Guyon, les deux termes qui résument les altérations anatomo-pathologiques du prostatique et les conséquences cliniques qui en découlent.

§ III

Nous n'avons pas craint d'insister un peu longuement peut-être sur ces divers détails histologiques, empruntés pour la plupart à la thèse de Launois, car il est indispensable de les bien

connaître pour comprendre et apprécier le rôle si important que l'on fait jouer à l'artério-sclérose dans la production de l'hypertrophie prostatique. Ce point d'étiologie va être étudié dans le présent paragraphe.

Il y a quelques années à peine, Thompson, après avoir fait dans son Traité des maladies des voies urinaires, une magistrale critique des diverses causes invoquées comme produisant l'hypertrophie de la prostate, se trouvait amené à conclure que « le pas initial de la causalité » (1) était encore à découvrir. Il semble qu'il n'en soit plus de même aujourd'hui, au moins en France.

Depuis longtemps déjà l'influence de l'âge sur la production de cet état pathologique était bien connue. La plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question l'indiquent, et l'on connaît la phrase de B. Brodie, devenue banale à force d'être rapportée. Cet auteur semble même avoir nettement saisi les conditions défavorables par lesquelles l'âge exerce son influence. Il affirme, en effet, que l'hypertrophie survient quand les cheveux blanchissent, quand les artères sont devenues athéromateuses et quand l'arc sénile se développe au pourtour de la cornée. Il y avait là, mais insuffisamment indiquée ainsi que le fait remarquer Guyon, la cause pathogénique invoquée de nos jours. Car l'âge seul est impuissant à amener l'hypertrophie prostatique. Thompson l'a surabondamment démontré par ses statistiques. Voici ces chiffres :

Sur 164 individus compris entre 60 et 94 ans, il y en avait 97 dont la prostate était absolument normale. Des 67 qui restaient il y en avait 11 chez lesquels la prostate était atrophiée, et 56 chez lesquels elle était hypertrophiée.

---

(1) Thompson, Traité pratique des maladies des voies urinaires ; Paris 1874, p. 399.

Il résulte de ces données que l'hypertrophie de la prostate n'existe environ que chez 34 p. 100 des hommes de 60 ans et au-dessus. Loin donc que tous les vieillards soient des prostatiques, ce qui devrait être si les années amenaient cette affection, la majorité de cette catégorie d'hommes est indemne de toute hypertrophie. C'est qu'en effet, il faut autre chose que des années accumulées pour devenir prostatique, et si celles-ci ont une influence très réelle par la tendance qu'ont alors les tissus à se scléroser, on doit invoquer un autre élément pathogénique plus immédiat pour expliquer l'hypertrophie. Cet élément, c'est l'artério-sclérose. Cette cause, qui a été invoquée par Guyon et son école, trouve dans l'anatomie pathologique et la clinique de très solides bases. On connaît les travaux de Launois sur lesquels nous avons suffisamment insisté, et l'observation clinique prouve à chaque instant que les prostatiques sont toujours athéromateux.

M. le Professeur Tédenat nous a fait fréquemment constater, dans son service, cette relation pathogénique ; et Vignard, dans sa thèse (1), rapporte les tracés sphygmographiques d'une vingtaine de prostatiques qui ne laissent aucun doute sur l'existence de l'artério-sclérose chez ces malades. Mais on a l'âge de ces artères et l'artério-sclérose n'est pas nécessairement liée à un âge avancé. Elle peut apparaître dans la période moyenne de la vie, et coïncider le plus souvent avec une hypertrophie prostatique très considérable. A l'appui de ce fait, nous citerons une observation de Récamier, parue dans les Annales des organes génito-urinaires (fév. 1889). Il s'agit dans ce cas d'un homme âgé de 40 ans, atteint d'artério-sclérose généralisée et d'hypertrophie prostatique pour laquelle il avait dû

---

(1) Vignard, De la prostatotomie et de la prostatectomie et en particulier de leurs indications. Th. Paris, 1890.

demander son admission à l'hôpital Necker. M. le Professeur Tédenat a vu 3 fois cette lésion exister avec son cortège clinique ordinaire, chez des sujets de 27, 33 et 43 ans qui présentaient de l'athérome et une sénilité précoce, et porteurs d'une prostate hypertrophiée. C'est donc un fait démontré : tous les prostatiques sont atteints d'artério-sclérose, et si la plupart des vieillards ne deviennent pas prostatiques, « nous pouvons dire maintenant que cela est dû à ce qu'ils échappent à l'athérome » (1).

On le voit, dans l'esprit de Guyon, l'artério-sclérose est la condition pathogénique nécessaire, mais suffisante du développement de l'hypertrophie prostatique. Toutefois, malgré cette grosse autorité, nous ne pouvons nous empêcher de n'accepter ces conditions que sous certaines réserves. S'il est vrai, ce qu'on ne saurait nier, que tous les prostatiques sont des athéromateux, l'est-il également que la plupart des vieillards n'échappent à l'hypertrophie que parce qu'ils n'ont pas d'athérome ?

Nous sommes sûr cependant d'avoir vu, dans les hôpitaux, des vieillards atteints d'artério-sclérose très manifeste, chez lesquels, cliniquement du moins, il n'existait pas d'hypertrophie de la prostate. Ce qui vient à l'encontre de l'assertion de Guyon.

D'ailleurs l'artério-sclérose est la lésion de la sénilité. Chez le vieillard tous les tissus sont atteints de sclérose à un degré plus ou moins avancé, et cependant l'hypertrophie prostatique ne s'observe que chez très peu d'entre eux. D'après les travaux de Launois, à partir d'un certain âge la prostate se sclérose chez tous les hommes ; pourquoi n'aboutit-elle à l'hypertrophie que dans un nombre de cas très restreints ? Dira-t-il qu'alors

---

(1) Guyon, *loc. cit.*, p. 527.

l'artério-sclérose intervient ? Non, puisqu'il en constate les lésions chez tous les vieillards. Entre l'artério-sclérose et l'hypertrophie de la prostate existe, c'est indéniable, une étroite parenté. Mais il reste quelque chose d'encore obscur dans ces relations pathogéniques qui enlèvent à l'athérome ce caractère de généralité et de nécessité qu'on est habitué de reconnaître aux causes vraiment efficientes.

§ IV

De cette théorie pathogénique, Guyon a tiré des conséquences de physiologie pathologique que nous devons maintenant exposer et discuter. Sous l'influence des progrès de l'artério-sclérose, les éléments actifs des tissus s'atrophient et disparaissent. Cet état n'arrive que graduellement, mais une fois constitué, l'organe se trouve plus ou moins complètement frappé d'incapacité fonctionnelle. Cette tendance atrophique, nous l'avons déjà vu par les études d'histologie pathologique, s'observe dans tout l'appareil urinaire. Le rein s'atrophie et la vessie, qui résiste d'abord en s'hypertrophiant même, est bientôt incapable d'expulser son contenu et se laisse distendre. Donc, atrophie des éléments, voilà le fait anatomique ; incapacité fonctionnelle, voilà le résultat physiologique.

Cette question de la contractilité vésicale a depuis longtemps préoccupé les auteurs. Elle est, en effet, d'une importance capitale au point de vue du traitement de l'hypertrophie. D'après Civiale, l'atonie vésicale était primitive et indépendante de l'obstacle prostatique, qui, pour Mercier au contraire, jouait le principal rôle dans les phénomènes de rétention. Dans ce débat, Guyon penche visiblement vers les opinions de Civiale, et admet que la vessie se laisse distendre parce qu'elle est

frappée de paralysie. Et l'on devine les conséquences qu'il tire de ce fait au point de vue thérapeutique. Dans l'esprit de Guyon, en effet, lorsque la rétention est constituée, on devra se borner à vider la vessie par le cathétérisme. Enlever l'obstacle, serait alors inutile, parce que la vessie est impuissante à se vider seule ; et dangereux, parce qu'inspirant une fausse sécurité, il pourrait faire cesser les sondages sans lesquels l'urine, croupissant et se décomposant, ne tarderait pas à intoxiquer le malade.

M. le professeur Tédenat s'est toujours élevé contre des théories aussi exclusives. Il ne nie pas que la sclérose ne tende à atrophier les organes, et n'aboutisse dans quelques cas à l'impuissance fonctionnelle ; mais ce résultat n'est ni général ni forcé. D'abord, la sclérose ne s'observe pas avec la même intensité sur tous les organes appartenant à un même appareil. La vessie peut encore conserver sa contractilité, alors que les autres organes sont devenus la proie de l'athérome. Des états pathologiques antérieurs dont l'effet aura été de produire une hypertrophie de la vessie, tel qu'un rétrécissement, atténueront plus tard, dans une large mesure, les effets désastreux de l'artério-sclérose, et conserveront à un prostatique, même avancé, une vessie encore contractile. Ce fait, qui est d'observation clinique, avait fait admettre à Cruveilhier un véritable antagonisme entre l'hypertrophie et les rétrécissements. Notre observation est une preuve de la persistance de la contractilité vésicale chez un prostatique porteur d'un rétrécissement.

Mais même lorsque la vessie se laisse distendre, peut-on affirmer qu'elle est complètement et irremédiablement paralysée? Ce n'est pas démontré. Sa contractilité étant affaiblie par l'athérome, il arrive un moment où elle ne peut plus surmonter l'obstacle prostatique et se laisse alors distendre ; c'est le résultat d'un véritable surmenage fonctionnel. Est-il, en effet, illogique de supposer qu'il se passe ici quelque chose de très

analogue à ce qu'on observe dans les degrés externes de myopie, où le droit interne, incessamment et trop fatigué pour produire la convergence des globes oculaires, renonce à la tâche et laisse l'œil à son antagoniste qui l'entraîne en strabisme externe ? Il n'y a pas là, à proprement parler, au début de ces phénomènes, du moins de véritable paralysie ; c'est de la fatigue fonctionnelle.

D'ailleurs, l'observation clinique a démontré d'une manière très suffisante la persistance de la contractilité vésicale chez les prostatiques très avancés et même atteints de rétention avec distension vésicale. De tels malades, chez lesquels l'obstacle prostatique avait été supprimé, ont vu leur vessie récupérer sa puissance fonctionnelle et l'émission des urines se faire régulièrement et spontanément.

Il existe dans la science six observations qui viennent à l'appui de ce que nous avançons. Deux appartiennent à Belfield, les autres à Kümmel, Harrisson, Schmidt et Landerer (1). Un septième fait dont nous rapportons plus loin l'observation appartient à M. le professeur Tédenat.

La preuve est donc faite chez les artério-scléreux ; la vessie même, aux dernières périodes de l'affection prostatique, conserve encore assez de contractilité pour qu'une fois l'obstacle enlevé celle-ci apparaisse et se manifeste. La théorie de Guyon est donc trop absolue et surtout les contre-indications opératoires qu'il en tire trop exclusives. C'était un point important à mettre en lumière, car de lui dépend la conduite du chirurgien, impuissant et réduit à instituer un traitement purement palliatif, s'il accepte les théories du professeur de Paris, induit au contraire à intervenir activement et souvent avec efficacité, s'il croit à la persistance de la contractilité vésicale, même à la période de rétention avec distension.

---

(1) Voir Thèse de Vignard, p. 49.

§ V

Avant d'exposer le traitement de l'hypertrophie prostatique dont l'étude fera l'objet de la deuxième partie de notre travail, il est nécessaire d'indiquer, mais très brièvement, la symptomatologie et l'évolution clinique de la maladie. Cela nous sera très utile pour bien apprécier ses indications opératoires.

L'hypertrophie de la prostate peut se révéler à nous objectivement par le toucher rectal et par le cathétérisme. Le premier moyen nous fait apprécier le développement total et la configuration extérieure de l'organe, mais les renseignements vraiment utiles à connaître sont fournis par l'exploration méthodiquement faite par l'urètre. On se servira d'abord de l'explorateur à boule de Guyon, qui révèlera l'existence de l'obstacle prostatique ; mais la forme et le degré de l'hypertrophie ne pourront être convenablement appréciés qu'à l'aide de la sonde de Mercier. Avec cet instrument, on peut très bien déterminer l'état et le volume des lobes latéraux, mais elle est surtout admirablement conformée pour l'exploration du lobe moyen. Avec le bec retourné en bas, on se rendra compte de la configuration et du degré d'hypertrophie de ce lobe. L'absence d'obstacle, ou un obstacle très faible, lorsqu'on retire à soi la sonde, fera admettre l'existence d'une simple barre. Cette exploration doit être soigneusement et méthodiquement faite, car les résultats qu'elle donnera auront sur les déterminations opératoires une influence prépondérante.

Cliniquement, les signes fonctionnels de l'hypertrophie prostatique peuvent être très variables. Certains malades présenteront des symptômes si bénins que la lésion chez eux pourra passer inaperçue. Chez d'autres, au contraire, et malheureuse-

ment ceux-ci sont en majorité, les troubles urinaires ne tardent pas à se manifester avec une intensité toujours croissante qui mettra rapidement leurs jours en danger. Tous ces malades aussi ne passent pas par les diverses phases réputées classiques. Souvent, en effet, la première manifestation de la maladie est une rétention d'urine aiguë, qui exige à bref délai l'intervention chirurgicale. Ces réserves faites, nous allons rapidement décrire la marche clinique suivie le plus souvent par l'hypertrophie prostatique.

Le premier trouble observé est la fréquence des mictions. Celle-ci survient insidieusement sans que le malade s'en préoccupe beaucoup.

Le besoin d'uriner, circonstance caractéristique, se fait sentir plus souvent la nuit que le jour. Il est encore accru par les accès de boisson, les abus sexuels, la position horizontale prolongée. En même temps le jet se trouve modifié. Il est hésitant et se fait attendre. Une fois paru, il tombe verticalement, le malade pisse sur ses souliers, et tous ses efforts, si considérables soient-ils, sont impuissants à lui donner une impulsion plus forte. Après quelque temps de cet état, les douleurs peuvent survenir, ordinairement peu intenses, vagues, localisées profondément derrière le pubis, ou s'irradiant vers la verge et l'anus.

La durée de cet état qui constitue la période prémonitoire de l'affection est variable, quelquefois très longue, et le malade sa vie durant peut ne pas être autrement gêné.

Mais le plus souvent la maladie passe à la deuxième période. Celle-ci est surtout douloureuse. C'est le plus souvent un cas de rétention aiguë qui l'inaugure. Le malade se sera trop attardé, à table ou auprès de sa femme, il aura fait une course à cheval trop prolongée, toutes circonstances dont l'effet est de congestionner les organes pelviens, et voilà que l'impossibilité de pisser éclate. Alors le prostatique est véritable-

ment à la torture. Les tentatives de miction sont incessantes, mais inutiles. Le malade pousse violemment et sans cesse. Il y a issue de matières fécales, quelquefois des hernies surviennent, mais la vessie ne se vide pas et l'intervention du chirurgien devient indispensable.

Après cette crise, la maladie peut retourner à la première période, c'est rare, ou s'aggraver encore, c'est la règle. D'autres accès de rétention arriveront avec le même cortège douloureux, exigeant la même intervention. Mais si cette phase se développe, un signe sur lequel Guyon insiste beaucoup, et auquel il attribue une valeur pronostique importante, la vessie, dans l'intervalle des rétentions, ne se vide jamais complètement ; il reste, après la miction effectuée, encore une certaine quantité d'urine qui stagnera et pourra se décomposer sous l'influence de la cystite. Car c'est à cette période que cette complication éclate le plus souvent, soit qu'elle survienne spontanément, ce qui est possible, ou qu'elle ait été provoquée par des cathétérismes non aseptiques, ainsi que cela arrive fréquemment.

Alors la maladie passe rapidement à la troisième période. La vessie se vide de moins en moins complètement. Sous l'influence de la cystite, les urines sont devenues purulentes, glaireuses, ammoniacales, et des calculs phosphatiques se forment. La vessie ne se vidant plus qu'incomplètement, l'urine s'accumule de plus en plus et le réservoir qui la contient se laisse distendre. La troisième période est définitivement constituée. La vessie énormément dilatée s'élève dans l'abdomen jusqu'à l'ombilic ou au-dessus, l'urine sourd goutte à goutte et le malade pisse par regorgement.

Jusqu'ici les reins ont pu ne pas être atteints, mais dès maintenant ils le seront presque sûrement. La néphrite peut être simplement congestive, et alors il y a polyurie simple. Dans d'autres cas, les lésions inflammatoires de la cystite se propagent aux uretères et au rein, et l'on assiste alors à l'éclosion de la

pyélo-néphrite suppurée. Ces deux variétés de néphrite, la seconde surtout, s'accompagnent d'un état général grave. Il survient des troubles digestifs ; l'appétit se perd ; il y a des nausées, et quelquefois des vomissements ; enfin, la langue se sèche et la fièvre s'allume, ne s'élevant pas le plus souvent au-delà de 38°,5, à moins de néphrite aiguë suppurée, où, après des frissons plus ou moins violents, la température peut atteindre 39 et 40 degrés. Ces phénomènes d'intoxication urineuse si graves aboutissent rapidement à la mort si l'on n'intervient pas promptement.

Nous n'ignorons pas que cette symptomatologie appartient à la troisième période des auteurs et qu'elle peut même s'observer durant le cours de la deuxième. Toutefois, nous ferons de ces signes-là une quatrième période qui doit être distinguée de la rétention avec distension sans néphrite, puisque, au point de vue opératoire, elle est l'objet d'indications toutes spéciales, qui nous paraissent avoir été bien posées par Poncet, (de Lyon). Dans les autres périodes, on peut tenter un traitement curatif ; il n'en saurait être question ici, où les moyens palliatifs sont seuls de mise.

DEUXIÈME PARTIE

DES DIVERS MOYENS EMPLOYÉS CONTRE L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE ET DE LEURS INDICATIONS RESPECTIVES.

Les troubles que nous venons de décrire et dont nous avons indiqué l'évolution clinique, sont dus à l'obstacle prostatique. Celui-ci, primitivement du moins, en est seul responsable. Mécaniquement et par les congestions qu'il détermine, il cause la fréquence des mictions, les rétentions aiguës et chroniques, la distension de la vessie et favorise les complications inflammatoires. Cet obstacle est décomposable en deux éléments, qu'il est utile de distinguer au point de vue thérapeutique. L'un est fixe : c'est l'hypertrophie scléreuse de l'organe, qui loin de rétrocéder tend toujours au contraire à s'accroître. L'autre est mobile, fugace, contingent, c'est la congestion. Guyon et son école ont bien montré le rôle clinique de cet élément, qui a été étudié par Tuffier dans sa thèse (1). C'est principalement sous son influence que surviennent les rétentions subites et temporaires, les hémorragies et les poussées aiguës de cystite, qui de temps à autre viennent brusquement interrompre la marche torpide du catarrhe vésical chronique. Le traitement exclusivement dirigé contre cet élément ne peut être que palliatif. Celui-ci supprimé, l'obstacle persiste encore, qui pourra devenir l'occasion de nouveaux et toujours redoutables accidents. Ce

---

(1) Tuffier, *loc. cit.*

n'est évidemment qu'en faisant disparaître la tumeur prostatique qu'on pourra faire une cure vraiment durable.

Les chirurgiens, suivant leurs convictions doctrinales, ont employé l'une ou l'autre de ces méthodes de traitement. Beaucoup se sont contentés d'obvier aux accidents de l'hypertrophie, satisfaits de rendre l'existence supportable à leurs malades par des soins purement palliatifs. D'autres, au contraire, plus hardis se sont résolument attaqués à l'obstacle, cherchant dans sa suppression une guérison vraiment radicale.

Le traitement que l'on dirige contre l'hypertrophie prostatique peut donc être :

1° Palliatif.
2° Curatif.

Nous allons successivement énumérer chacune de ces méthodes thérapeutiques et exposer les moyens dont elles disposent. Nous discuterons ensuite leurs diverses indications.

1° Traitement palliatif

Avant d'aborder ce chapitre, nous devons dire quelques mots du traitement hygiénique et médical. Bon à employer aux diverses périodes de l'affection, il est surtout utile au début de la maladie et dans sa période prémonitoire. Son but est de prévenir et de combattre les tendances congestives auxquelles sont sujets les prostatiques. Ne pouvant insister, nous nous contenterons d'indiquer sommairement les divers moyens qui réalisent cette médication. On recommandera aux malades d'éviter les refroidissements, les écarts de régime, les excès vénériens, le décubitus horizontal prolongé. Généralement, les habitudes sédentaires sont préjudiciables au prostatique, auquel on devra prescrire un exercice modéré, non le cheval, les

voitures ou le chemin de fer, qui, par les cahots, les secousses ou les trémulations qu'ils produisent, congestionnent sûrement la prostate, mais des promenades à pied ordinairement très courtes et répétées tous les jours. Surtout on évitera la constipation qui entraîne des stases veineuses et préjudiciables. La liberté du ventre devra être soigneusement entretenue par des purgatifs salins, donnés à petites doses et renouvelés toutes les fois qu'il y aura indication. Les lavements très chauds, outre qu'ils obvient à la constipation, ont l'avantage très appréciable de décongestionner les organes pelviens. Nous avons maintes fois entendu notre maître, M. le professeur Tédenat, vanter et recommander ce moyen, qui lui a donné dans sa pratique les meilleurs résultats. Guyon préconise les bains froids. Tous ces moyens agissent contre la congestion, que favorisent dans une large mesure l'artério-sclérose et l'énorme développement des plexus périprostatiques. Leur efficacité n'est pas douteuse. Employés régulièrement et avec persévérance, ils peuvent prévenir l'apparition des accidents qui nécessiteront l'intervention active du chirurgien.

Ces accidents sont la rétention et la cystite. C'est contre eux qu'est dirigé le traitement palliatif dont nous allons étudier les moyens.

§ I

Lorsqu'un prostatique se présente avec une rétention d'urine, le chirurgien doit avant tout tenter de pratiquer le cathétérisme. Il se servira d'abord d'une sonde molle qu'il essaiera d'introduire seul ou à l'aide d'un mandrin auquel seront successivement données les courbures jugées les plus conformes à la direction du canal. On procèdera avec lenteur et douceur, et l'évacuation sera, selon les préceptes de Guyon,

graduelle et successive. Si on échoue avec ces instruments, on aura recours aux sondes de Mercier, coudées et bicoudées, ou à la sonde à grande courbure de Gély. Mais il peut arriver, que, quelle que soit l'habileté, la patience et la douceur que l'on mette à pratiquer le cathétérisme, il demeure impossible de franchir l'obstacle, et de donner issue au contenu de la vessie.

Avant de s'adresser à des moyens plus radicaux, on devra mettre en usage certaines pratiques qui peuvent faciliter le succès du cathétérisme. Les bains très chauds et prolongés, les opiacés en suppositoires sont des moyens qui, en faisant tomber l'éréthisme nerveux et circulatoire, peuvent permettre l'introduction d'une sonde demeurée jusque-là impossible.

Le même effet décongestionnant est obtenu par l'application de sangsues. Celles-ci doivent être employées avec art, et en se conformant aux préceptes donnés par Barthez sur le traitement méthodique des fluxions. Car ce moyen mal employé peut aller à l'encontre du résultat désiré. Une ou deux sangsues ne feront qu'accroître la congestion et produiront de détestable besogne. Ce qu'il faut obtenir dans ce cas c'est de la déplétion sanguine qui supprimera le trop plein des, vaisseaux engorgés. Ce but ne sera atteint que par des sangsues appliquées en grand nombre au périnée.

Mais si on échoue on peut avoir recours aux ponctions vésicales. On a ponctionné la vessie par le rectum (Fleurant), le périnée (Dionis), la région sous-pubienne (Voillemier) et enfin l'hypogastre (Méry). De ces diverses voies, la dernière est à recommander, les autres doivent être complètement rejetées.

La ponction sus-pubienne peut être faite à l'aide de l'aspirateur Dieulafoy, ou d'un trocart assez volumineux pour permettre l'introduction d'une canule ou d'une sonde que l'on laisse à demeure. Ces deux procédés ont leurs partisans.

La large ponction avec canule à demeure vient d'être tout

récemment défendue par Lalesque dans un mémoire paru dans les Annales des maladies des organes génito-urinaires (1). Deneffe (2) et Fehleisen (3) ont eu recours à ce procédé et ont obtenu des guérisons belles et durables. Toutefois, malgré ces succès, il est passible de graves reproches. Si l'on se propose en effet de remédier par ce moyen à la rétention temporaire d'urine, il ne faut certainement pas la ponction hypogastrique, car, beaucoup plus que cette dernière, il expose aux accidents d'infiltration, par la large plaie que fait un volumineux trocart.

Veut-on, au contraire, établir une fistule permanente par où l'urine pourra librement s'écouler, et des injections modificatrices être faites dans la vessie, le procédé devient très inférieur à la taille sus-pubienne ou périnéale car la voie qu'il donne étant très étroite, l'exploration de la cavité vésicale est impossible et l'évacuation du pus longue et difficile.

La ponction aspiratrice a des indications très nettes dans les rétentions d'urine, toutes les fois que le cathétérisme ne pourra être pratiqué. Elle permet de vider la vessie au grand soulagement des malades et n'expose que très peu aux accidents d'infiltration d'urine et aux inflammations consécutives. Toutefois, ce procédé peut être lui aussi l'origine d'infections septiques, ainsi que c'est arrivé dans un cas dont nous rapportons l'observation (Obs. IV) Ces complications, il faut le reconnaître, sont rares. On a fréquemment remarqué qu'à la suite d'une ou plusieurs ponctions, la miction se rétablit le plus souvent spontanément. Cet heureux résultat est dû à la suppression de la congestion. On sait, en effet, Guyon l'a très bien

---

(1) Annales des maladies des organes génito-urinaires, mars 1890.
(2) Annales des maladies des organes génito-urinaires, mai 1890.
(3) Berlin. Klin. Woch., 19 août 1889.

mis en lumière, que la distension exagérée qu'exerce le globe vésical sur les plexus périprostatiques et périvésicaux favorise grandement la stase sanguine, et, par contre-coup, la rétention.

Le manuel opératoire de la ponction est très simple. On doit enfoncer le trocart sur la ligne médiane et à deux centimètres environ de la symphyse pubienne. Dans ces conditions, la blessure du péritoine est sûrement évitée. Nous ferons une simple remarque. Quand le sujet est très gras, il est nécessaire d'enfoncer le trocart à une grande profondeur avant de pénétrer dans la vessie. Nous avons vu, dans son service, M. le professeur Dubrueil être obligé, pour atteindre la vessie, d'enfoncer l'instrument à une profondeur de huit centimètres. Lorsqu'on veut laisser une sonde à demeure, c'est par la canule de l'instrument qu'on la fait passer à frottement doux. Une fois enfoncée aux deux tiers (Lalesque), on retire la canule. Avec cette précaution il est ordinairement possible d'éviter les épanchements d'urine. Lorsque la fistule est formée, on introduit dans son trajet (Fehleisen) une canule en argent par où les urines sont rendues.

Nous avons montré quels étaient les inconvénients de la ponction avec canule à demeure, toutes les fois que l'on désire obtenir une ouverture permanente de la vessie. A ce point de vue, la taille sus-pubienne est de beaucoup préférable. Elle est facile et à la portée de tout le monde ; la voie qu'elle ouvre, large et spacieuse, permet l'exploration minutieuse de la vessie et son nettoyage exact. Le manuel opératoire en est facile. On pourra mettre le ballon de Petersen, mais, le plus souvent, il sera facile de s'en passer, car la vessie, énormément dilatée, fait à l'hypogastre une suffisante saillie. Certains auteurs recommandent (Bœckel) de ne faire d'abord à la vessie qu'une ouverture, juste suffisante pour permettre l'exploration. On ne devra agrandir la plaie vésicale que si c'est nécessaire pour l'ablation d'un calcul ou d'une tumeur. Agir autrement

et donner à la plaie vésicale des dimensions exagérées n'aurait d'autre effet que de retarder la guérison et la formation de la fistule.

Poncet, de Lyon (1), recommande de suturer la peau aux lèvres de la plaie vésicale. Cette opération, quelque profonde que se trouve la vessie, sera toujours possible à cause de la laxité naturelle de la peau et de son glissement facile sur les tissus sous-jacents. Il met huit points de suture métallique, un point à chaque extrémité, et trois points sur chaque bord. L'affrontement doit être très exact. Les fils comprendront la peau, le bord interne du droit antérieur de chaque côté et le bord vésical. Poncet affirme que c'est là le meilleur moyen avec l'antisepsie de rigueur de s'opposer à l'infiltration d'urine.

M. le professeur Tédenat, dans un cas, a suivi ce procédé (Obs. IV) et n'a eu qu'à se louer des résultats qu'il a obtenus. Il n'y a pas eu d'accidents d'infiltration ; la fistule s'est promptement formée et n'a jamais montré de tendance à se rétrécir. Après l'opération, on draine la vessie avec un simple tube de forme et de dimensions variables, ou avec le syphon de Périer, ainsi que le pratique notre maître.

Si, au bout de quelques jours, on veut laisser la plaie se cicatriser, ce sera facile en dérivant l'urine par le canal de l'urètre, supprimant le drain, et activant, si besoin est, la réaction par des cautérisations aux angles de la plaie.

Mais le plus souvent, on a intérêt à entretenir la fistule. On y arrive en général en maintenant entre les lèvres des corps qui s'opposent à leur rapprochement. On a employé dans ce but une sorte de clou d'étain (Sédillot, Bœckel), véritable bouchon que le malade retirait pour se sonder, un tube de même sub-

---

(1) De la création d'un urètre contre nature (cystotomie sus-pubienne) dans les rétentions d'origine prostatique. *Lyon médical,* février 1889.

stance (Rohmer) semblable aux canules à trachéotomie, et dont le pavillon était fixé sur le ventre à l'aide de collodion. Au niveau de l'orifice externe était attaché un tube en caoutchouc qui donnait issue à l'urine et que le malade pouvait oblitérer ou ouvrir à volonté. Dans le cas de taille sus-pubienne que nous rapportons, M. le professeur Tédenat avait adopté un dispositif très analogue à celui de Rohmer, avec cette différence près, que la canule en gutta-percha se trouve reliée à un urinal par une sonde en caoutchouc rouge de Nélaton. Thompson, dans un cas de taille sus-pubienne, a employé un procédé identique ; la canule, au lieu d'être en gutta-percha, était en argent.

Avec ces sortes d'appareils, lorsqu'ils fonctionnent bien, le malade est soustrait aux souillures et aux inconvénients de diverses sortes qui en résultent. Thompson dit dans son observation : « L'appareil fonctionne si merveilleusement que le malade peut voyager et faire chaque jour trois ou quatre milles à pied. Une fois par jour, il retire et nettoie le tube et il lave la petite cavité qui remplace l'ancienne vessie ». C'est, en effet, un bien beau résultat.

Certains auteurs et Thompson en particulier ont préféré pratiquer le drainage à la région périnéale. L'opération consiste alors à faire une boutonnière. Cette opération, qui se réduit à une simple urétrotomie externe sur conducteur, est d'une grande simplicité. Nous allons brièvement décrire son manuel opératoire : le doigt introduit dans le rectum et le bistouri porté à travers le périnée jusque dans la rainure du cathéter, divise la portion membraneuse de l'urètre sur une étendue de 12 millimètres environ. « On retire, dit Thompson, l'index gauche du rectum et après *l'avoir nettoyé et lavé*, on le fait pénétrer dans l'urètre le long du conducteur jusqu'au col vésical ; après quoi, le susdit conducteur est enlevé. Si malgré une exploration très minutieuse on n'a rien trouvé à extraire, une grosse sonde en caoutchouc vulcanisé, ou un tube du calibre n° 18 ou 20 de la

filière anglaise (n° 30 ou 32 de la filière française) est fixé à demeure au moyen de liens se rattachant à un bandage qui forme ceinture autour de la taille. Ce drainage doit être maintenu pendant 7, 10 ou 12 jours et même davantage, suivant les circonstances, surtout si le malade en éprouve un bien-être et un soulagement notables » (1).

Le procédé de Harrisson ressemble beaucoup à celui de Thompson. Mais le premier chirurgien fait presque constamment la prostatotomie ; aussi nous réservons-nous d'en parler plus longuement à propos des moyens de thérapeutique curative.

Whitehead (de Manchester) incise la peau suivant une ligne obliquement étendue du raphé périnéal au milieu de l'espace qui sépare l'anus de la tubérosité gauche de l'ischion. En opérant ainsi, il donne à la plaie cutanée une étendue plus grande, disposition qui favorise la permanence de l'ouverture fistuleuse.

Ces fistules périnéales et hypogastriques remédient évidemment aux accidents de rétention, mais c'est leur moindre avantage. Elles sont surtout utiles contre la cystite. La vessie se vidant incessamment et sans effort se trouve dans le repos le plus absolu. Dès lors, plus de ces efforts incessants si douloureux, dont l'effet est de congestionner la vessie et d'en accroître l'inflammation. La cystite accrue devient l'origine de nouvelles douleurs et de nouveaux raptus congestifs. C'est un véritable cercle vicieux. L'immense avantage de la cystotomie est d'y mettre fin. Mais de plus, par cette grande ouverture, il est facile de faire de larges lavages modificateurs, d'évacuer le pus qui croupit, d'enlever des calculs s'il en existe et, par

---

(1) Vignard, *in* Des opérations palliatives chez les prostatiques. — Annales des maladies et organes génito-urinaires. Novembre 1890.

ces moyens, de faire cesser la fièvre et les phénomènes d'intoxication urineuse qui empoisonnaient le malade. Les bénéfices que procurent ces opérations sont donc considérables, et leurs résultats moins aléatoires que ceux fournis par la ponction sus-pubienne avec canule à demeure.

2° Du traitement curatif

Les divers moyens que nous venons d'étudier ont, dans certains cas, donné une incontestable efficacité. Mais ils ne s'adressent qu'à des complications de l'hypertrophie prostatique. La cause de ces phénomènes n'est pas atteinte et le traitement demeure purement palliatif. Dans ces dernières années cependant, les chirurgiens se sont attaqués à l'hypertrophie elle-même, et ont résolument tenté un traitement vraiment curatif. Ils ont extirpé l'obstacle ou l'ont divisé d'une manière durable. De là sont nées :

1° La prostatectomie.
2° La prostatotomie.

Mais avant de passer à la description de ces opérations, il nous paraît indispensable d'en affirmer la légitimité, car quelque invraisemblable que cela paraisse, celle-ci s'est trouvée constatée par une école qui jouit en France d'une réputation justement méritée. Ces doctrines de l'école de Necker ont été discutées dans notre première partie où il est démontré, croyons-nous, que la contractilité vésicale n'est pas toujours et forcément perdue chez le vieux prostatique, même à la période de rétention avec distension, et que ces signes ne sauraient être une contre-indication absolue à l'opération. Et Guyon lui-même, qui, dans son Traité de la vessie et de la prostate, avait

formulé très nettement cette contre-indication, semble devenir moins affirmatif. Dans ses récentes leçons sur le traitement des prostatiques (in *Annales des organes génito-urinaires*, janvier 1890), il déclare, en effet, s'en remettre, pour savoir si l'opération dite radicale offre toutes les garanties de succès, à l'avenir et à l'étude des observations qui seront publiées. Cette constatation a bien son intérêt. Elle semblerait prouver que le chirurgien de Paris est en voie de modifier son opinion première dans ce qu'elle avait de trop absolu.

Toutefois, nous n'oserions nier que dans quelques cas la vessie ne puisse pas être réellement atteinte de paralysie. Aussi, proposons-nous de faire l'examen manométrique de la contractilité vésicale toutes les fois que l'on voudra entreprendre la cure radicale de l'hypertrophie prostatique. Ce moyen a été employé par M. le professeur Tédenat, chez un malade dont nous rapportons l'observation et auquel il pratiqua la prostatotomie périnéale (Obs. III). L'appareil, assez simple, consistait en un tube de verre gradué que l'on adaptait à une sonde de Nélaton. Ce malade, chez lequel après la section de ses rétrécissements par l'urétrotomie interne, il était possible d'introduire le N° 48 des Béniqué, ne pouvait uriner cependant sans sonde. Quelle en était la raison ? Y avait-il paralysie de la vessie ? Cette supposition paraissait légitime lorsqu'on considérait le volume des cathéters qu'admettait son canal. Et cependant le manomètre démontra que ces indications étaient fausses. La vessie jouissait de toute sa contractilité, et la cause de la rétention était imputable à une barre prostatique. C'est par cette analyse très rigoureuse que notre maître se résolut à faire la prostatotomie. Le moyen est donc bon et mérite d'être employé dans les cas où, désirant supprimer l'obstacle prostatique, on aura des doutes sur l'état de la contractilité vésicale.

§ I

D'après la thèse de Vignard (1), Amussat, en 1827, aurait, dans un cas de taille hypogastrique, excisé une portion de prostate hypertrophiée. Mais cette ablation fut faite accidentellement et n'eut pas d'imitateurs.

C'est Mercier qui doit être considéré comme le promoteur des opérations radicales dirigées contre l'hypertrophie prostatique. Cet auteur affirme que la rétention est causée par un obstacle valvulaire siégeant au col vésical et que l'atonie de la vessie est toujours secondaire. Aussi, pour obvier à ces accidents, le seul moyen raisonnable et efficace est, d'après lui, la suppression de l'obstacle. C'est en 1839 qu'il propose un premier modèle d'inciseur, qu'il modifie successivement jusqu'en 1847. En 1850, il propose l'excision et invente un appareil pour l'exécuter.

Vers la même époque, Leroy d'Etiolles soutient les mêmes idées et invente, lui aussi, des appareils pour inciser et exciser l'obstacle prostatique.

Toute ces opérations se faisaient par la voie urétrale. Elles eurent à un moment donné une vogue assez grande pour que Mercier ait pu en pratiquer 400. Mais, Mercier mort, ces opérations tombent dans l'oubli, en France.

A l'étranger, au contraire, elles sont reprises quelques années plus tard, et Gouley, de New-York, pratique neuf fois la prostatotomie urétrale à l'aide d'un instrument en forme de lithotriteur dérivé de l'exciseur de Mercier (2). Aujourd'hui, ces

---

(1) *Op. cit.*

(2) Thèse de Vignard, *op. cit.*

opérations tendent à se répandre et à se vulgariser, surtout à l'étranger. La France reste en retard. La voie urétrale, qui ne permet de faire que des opérations aveugles et trop souvent incomplètes, est définitivement abandonnée. On attaque l'obstacle par l'hypogastre (Mac Gill, Dittel, Schmidt (de Leipzig), Kummel, de Hambourg), ou par le périnée (Harrisson, de Liverpool). Dans quelques cas, les chirurgiens se sont montrés éclectiques, et suivant les indications se sont adressés, tantôt à la taille sus-pubienne, tantôt à la taille périnéale (Watson, de Boston, et Tédenat).

§ II

Le manuel opératoire de ces tailles ne présente rien de particulier à noter. C'est celui qu'on emploie dans le cas d'un calcul ; aussi n'insisterons nous pas. Toutefois, dans les cas de taille hypogastrique, Guyon conseille de laisser en place le ballon de Pétersen, qui, soulevant la vessie, favorise l'opération. La manière dont on extirpe l'obstacle ou dont on le divise, doit nous arrêter un moment. Dans la prostatectomie sus-pubienne, les instruments employés varieront nécessairement avec la forme de la tumeur. Si elle est pédiculée, il suffira d'un coup de ciseaux (Mac Gill, Atkinson, Mayo Robson). Est-elle sessile ou largement pédiculée, on peut avoir recours à l'anse ou au couteau du galvano-cautère (Kummel, Schmidt, Guyon), à l'écraseur (Dittel), au serre-nœud (Watson).

Si l'hypertrophie est en forme d'anneau saillant, on pourra, suivant les préceptes de Mac Gill, diviser celui-ci en haut et en bas.

On a alors deux tumeurs pédiculées qu'on énucléera avec les doigts ou qu'on extirpera avec des instruments appropriés, etc. D'ailleurs, les cas peuvent à varier l'infini et, dans chaque fait,

le chirurgien devra s'inspirer des circonstances et de son ingéniosité.

§ III

La taille périnéale peut être utilisée par la prostatectomie, mais elle sert le plus souvent de voie à la prostatotomie. Cette opération a été surtout bien réglée par R. Harrisson. C'est d'après ses descriptions que nous allons l'exposer. Une fois la portion membraneuse divisée sur conducteur, on introduit l'index dans l'urètre prostatique à la recherche de l'obstacle. Celui-ci une fois trouvé, on le divise à l'aide d'un bistouri boutonné et on termine en le déchirant avec le doigt. L'opération est terminée lorsque l'index se meut librement dans l'ouverture pratiquée. Harrisson introduit alors le tube à drainage double, fait sur le modèle des canules à trachéotomie. Celui-ci doit rester en place de six à douze semaines. Enfin la guérison est considérée comme obtenue, lorsqu'un cathéter peut être introduit facilement dans la vessie ou que l'urine, malgré le drain périnéal, reprend son cours normal par le canal de l'urètre. Ce procédé est celui qu'ont suivi les divers opérateurs, à quelques modifications près. Ainsi Schmidt, une fois la barre sectionnée, dilate l'ouverture avec les cathéters utérins jusqu'à admission de l'index. Watson se sert, après l'opération, d'un large tube recourbé dont on trouve le dessin dans la thèse de Vignard.

Mais, et nous y insistons spécialement, le succès de cette opération tient surtout à l'emploi suffisamment prolongé de la large canule. C'est elle qui s'oppose à la réunion des lèvres de la barre. Vignard insiste beaucoup sur ce point.

§ IV

Chacune de ces tailles a ses indications opératoires bien distinctes. Par la voie sus-pubienne, on extirpera mieux l'obstacle ; on le divisera au contraire avec beaucoup plus de facilité par le périnée. La première convient donc à la prostatectomie, la dernière à la prostatotomie. Cette distinction se trouve fondée sur l'anatomie pathologique, ainsi que nous l'avons démontré dans notre première partie.

Dans les diverses opérations publiées, les difficultés opératoires n'ont jamais été considérables. L'hémorragie, le plus souvent nulle, abondante seulement dans quelques cas, a toujours été facilement arrêtée.

On a observé 5 morts plus ou moins longtemps après l'opération et survenues toutes à la suite de la taille hypogastrique. Mais sur ce nombre un seul cas est imputable à l'opération elle-même (Watson). Les autres sont morts de broncho-pneumonie (10e jour), de pleurésie (36e jour), de néphrite chirurgicale, et « probablement de cystite et de néphrite putride » (1).

Le plus souvent, à la suite de ces opérations, les malades éprouvent un soulagement marqué de leurs souffrances, ce qui est un résultat direct de la cystotomie et des lavages antiseptiques auxquels leur vessie se trouve soumise. Mais les cures radicales paraissent rares. Ainsi, d'après Vignard : « Sur 37 opérations tant sus-pubiennes que périnéales, 6 fois la miction volontaire abolie depuis plusieurs mois au moins a été rétablie d'une façon durable. » Nous pourrions ajouter à ces

(1) Ces divers détails sont empruntés à la thèse de Vignard.

six cas les deux malades de M. Tédenat, si profondément améliorés par l'opération, qu'on peut véritablement les considérer comme guéris. L'un de ces malades a été opéré de prostatotomie périnéale (obs. III), l'autre de prostatectomie sus-pubienne (obs. VI).

§ V

Nous ne ferons que mentionner ici la méthode de Bottini qui divise l'obstacle, par l'action galvano-caustique, à l'aide du galvano-cautère prostatique introduit par l'urètre. On peut faire à ce procédé les mêmes reproches qu'aux méthodes urétrales de Mercier et de Leroy d'Etiolles. Il agit à l'aveuglette, et il est impossible de faire ainsi une opération vraiment réglée.

§ VI

Les précédents paragraphes ont été consacrés à l'étude des divers moyens dont le chirurgien dispose contre l'hypertrophie de la prostate. Il nous reste maintenant à les apprécier. Ce travail a été fait en partie au fur et à mesure de l'exposition. Laissant donc de côté les agents purement hygiéniques et médicamenteux et même le cathétérisme, dont nous avons indiqué les règles et l'emploi, nous nous bornerons, dans cette étude, à rechercher et à mettre en lumière les indications et les contre-indications *des opérations sanglantes* palliatives ou curatives.

Nous avons démontré plus haut la légitimité du traitement curatif. C'est un point acquis et sur lequel nous n'avons pas à revenir. Mais dans ces cas, et alors même que l'opération est

praticable, doit-on l'entreprendre? Est-elle d'un avantage tel qu'on ne puisse y suppléer par d'autres moyens non sanglants et peut-elle mieux que ceux-ci produire une amélioration plus profonde des lésions dont souffre le malade ? C'est un point que nous allons examiner.

Guyon qui, on le sait, rejette l'opération sanglante comme inutile et même dangereuse, affirme que le cathétérisme est, dans l'immense majorité des cas, capable de soustraire le prostatique aux divers accidents qui le menacent. On pourra le plus souvent, par ce moyen, faire cesser les rétentions, et par les lavages améliorer et guérir les cystites existantes. Le professeur de Paris assure qu'avec ce moyen il a pu améliorer les prostatiques dans une telle mesure qu'il a vu la maladie en pleine deuxième période revenir à la première. Nous ne nions pas qu'on ne puisse obtenir d'excellents résultats par le cathétérisme combiné aux injections intra-vésicales. Mais au prix de quels soins ? Quelle prudence, quelle irréprochable régularité n'exige-t-il pas ? Le malade n'est pas toujours à la disposition d'un médecin, ou dans les hôpitaux, où le traitement se fait régulièrement et scientifiquement. A un moment donné il rentre chez lui et est obligé de devenir son propre infirmier. N'est-il pas à craindre que, rassuré par le bien-être très réel qu'il éprouve du traitement institué, il ne le néglige et ne lui donne plus la même attention ? Plus de cathétérisme ; ou délaissé ou mal fait ; la sonde, qu'il est si difficile de tenir aseptique, introduira dans la vessie des germes qui feront éclater la cystite et à sa suite la rétention d'urine. D'ailleurs, même en supposant ce traitement parfaitement exécuté, le prostatique est toujours en imminence d'accidents graves et de complications inflammatoires. Le malade et le médecin ont le droit d'exiger plus et mieux de la thérapeutique. L'ablation de l'obstacle remplit ce désidératum.

Ces opérations radicales sont indiquées, d'après nous,

toutes les fois que l'hypertrophie est assez développée pour entraîner des rétentions complètes ou incomplètes, avec ou sans distension de la vessie, nécessitant des cathétérismes répétés. La cystite et même un léger état fébrile ne doivent pas faire reculer l'opérateur. La seule contre-indication nous paraît se trouver dans l'existence de la fièvre urineuse et d'altérations récentes trop avancées. C'est donc pendant notre deuxième et troisième (1) périodes de la maladie, que les occasions d'opérer se présenteront le plus souvent.

Jusqu'ici l'opération s'est toujours faite tardivement et presque *in extremis*. Dans la plupart des observations (2), la rétention datait de longtemps, souvent de plus d'une année, et il existait en février une fièvre assez intense. Nous pensons qu'attendre si longtemps est une erreur. Il est bien évident, et cela ne saurait faire de doute pour personne, qu'on se mettrait dans de meilleures conditions de succès en opérant de meilleure heure, dès que l'hypertrophie est assez développée pour faire prévoir les troubles ultérieurs, et, avant l'apparition de la cystite, des rétentions permanentes et de la fièvre. Ces diverses complications, en effet, ne font qu'affaiblir le malade et rendre le succès de l'opération plus problématique. Cette manière de voir semble partagée par Mac Gill, qui dit à la suite d'une observation de prostatectomie : « Jusqu'ici l'opération n'a été pratiquée que dans des cas aigus et urgents, mais il n'est pas improbable que dans l'avenir on puisse y recourir avant l'apparition de tout symptôme aigu » (3).

Quelle voie doit-on suivre pour faire l'ablation de l'obstacle ?

---

(1) On sait que nous admettons quatre périodes dans l'évolution clinique de la maladie. (Voir première partie p. 27).

(2) Voyez thèse de Vignard.

(3) Mac Gill. *British med. jour.*, 19 novembre 1887.

Aucune, à l'exclusion de l'autre. Il faut être éclectique, c'est-à-dire se laisser guider par les indications. Cette détermination dépendra surtout du siège de l'obstacle. C'est pour cela qu'un examen minutieux du malade est nécessaire. L'obstacle formé par le lobe moyen fortement hypertrophié fait-il dans la cavité vésicale une saillie considérable, il deviendra facile de l'extraire par la taille hypogastrique, et c'est cette voie que l'on devra suivre. Une simple barre sera bien plus facilement divisible par le périnée et surtout il sera possible d'introduire par cette voie, et d'y maintenir un temps suffisamment long, la large canule qui doit assurer le succès de l'intervention. Le choix du procédé est donc corrélatif au siège de l'obstacle et, partant, dépend du diagnostic porté.

Nous avons dit précédemment que la seule contre-indication que nous mettions à la pratique des opérations dites radicales, se trouve dans l'existence de la fièvre urineuse et d'altérations rénales très avancées. Chez ces malades-là, en effet, une opération de cette nature pourrait devenir dangereuse, à cause de l'état général grave dans lequel ils se trouvent. Ils offrent le complexus symptomatique que nous avons considéré comme devant constituer une quatrième période de la maladie. La vessie est fortement distendue, il y a constamment de la polyurie : les urines sont purulentes, ammoniacales, fétides. Les reins sont doublement atteints dans leur fonctionnement. On observe les troubles digestifs liés à l'intoxication urineuse qui est constante.

Vouloir dans ces conditions-là tenter une cure radicale serait évidemment de la folie. Mais si nous sommes désarmés de ce côté-là, il nous reste la précieuse ressource de la cystotomie. Chez ces malades, en effet, l'indication qui se pose urgente, qu'on ne peut différer, est évidemment de nettoyer largement cette vessie, où l'urine croupit et le pus s'accumule et se décompose, véritable cloaque fétide, qui est la première et la

principale cause de l'état général mauvais dans lequel se trouve le malade. Dans ces cas, ainsi que le recommande Poncet (1) il ne faut pas s'attarder à vouloir pratiquer le cathétérisme, qui est quelquefois impossible, ou la ponction sus-pubienne, qui serait illusoire, mais d'emblée ouvrir la vessie, la nettoyer de tout le pus et des calculs qu'elle peut contenir, la drainer et la laver largement. Le succès est à ce prix. Dans ces conditions, la vessie revient au repos, l'urine s'écoule constamment par la fistule que l'on a eu soin de rendre permanente. Ainsi se trouvent évitées les douleurs, le croupissement de l'urine et l'infection qui en résulte ; la fièvre tombe (obs. V) et la santé revient. Poncet, sur six malades, a obtenu cinq succès. La mort du 6e, qui succomba quelques heures après l'opération, est imputable à l'état général très mauvais dans lequel il se trouvait. Le même excellent résultat a été obtenu par M. Tédenat, chez le malade dont nous publions l'observation (Obs. IV). Cette opération est donc très recommandable.

Il nous paraît que pour établir à la vessie une fistule permanente, il n'y a pas d'hésitation possible entre la taille hypogastrique et la taille périnéale. Thompson recommande celle-ci et en a obtenu de beaux succès. Mais par cette voie-là il est très difficile d'obtenir des ouvertures permanentes, condition de la plus haute importance pour le succès de l'opération. Aussi n'hésitons-nous pas à recommander la voie sus-pubienne, avec suture de la peau à la vessie, ainsi que le pratique Poncet.

---

(1) Poncet, *op. cit.*

TROISIÈME PARTIE

OBSERVATION PREMIÈRE

Athérome artériel. — Prostatisme chez un homme jeune encore.
(Par M. Récamier, interne à l'Hôpital Necker (1).

Le nommé Dagron, âgé de 40 ans, entre dans le service de M. Guyon, le 10 décembre 1888, avec de l'incontinence d'urine diurne et nocturne.

Le malade, qui a toujours été grand buveur de vin de Bourgogne, a joui d'une santé parfaite jusqu'en 1884 ; à cette époque, il s'aperçut qu'il était forcé de faire des efforts assez violents pour commencer à uriner ; bientôt, il se met à uriner plus fréquemment, environ toutes les heures le jour, et peu à peu il est forcé de se lever aussi toutes les heures de la nuit.

Un médecin le sonde plusieurs fois, après quoi il reprend sa vie habituelle, urinant toujours plus fréquemment que normalement.

Il y a 18 mois, la gêne pour uriner devenant plus grande, un médecin essaie de le sonder, mais il ne peut pénétrer dans la vessie et cesse les tentatives après avoir donné issue à un peu de sang.

A la suite de cela, le malade continue à uriner avec peine, et depuis six mois il a une incontinence d'urine absolue ; le jour

---

(1) Annales des maladies des organes génito-urinaires. Février 1889.

il sent encore le besoin d'uriner, mais la nuit il pert ses urines sans s'en apercevoir, sans se réveiller.

Dernièrement, il entre à l'hôpital de la Charité pour se faire traiter ; on a cherché à le sonder, mais on n'a pu pénétrer, et voyant que chaque tentative n'aboutit qu'à faire saigner la prostate, on envoie le malade à Necker consulter M. Guyon.

A l'entrée, vessie remontant jusqu'à l'ombilic, facile à sentir, surtout par le palper bimanuel. Par le toucher rectal, on trouve la prostate très développée, surtout très dure ; elle est uniformément volumineuse ; pourtant le lobe gauche fait une saillie un peu plus accusée dans le rectum.

L'urètre n'est pas rétréci, et l'explorateur à boule n° 19 arrive facilement jusque dans la région prostatique, mais ne peut aller plus loin ; même échec avec une sonde en caoutchouc rouge et avec une sonde à béquille ; après chacun des essais, il s'écoule quelques gouttes de sang.

Au moyen du mandrin coudé, on fait pénétrer dans la vessie une sonde à béquille n° 19 qu'on laisse à demeure, à cause des difficultés du cathétérisme.

10. — Évacuation progressive d'un demi-bassin d'urine le matin, autant le soir ; l'urine est claire.

L'examen des reins n'indique ni sensibilité, ni augmentation de volume.

11, 12, 13 décembre. — L'évacuation continue sans accidents.

14. — Vessie vidée complètement. On retire la sonde à demeure.

15. — Plus d'incontinence, le malade urine volontairement dans l'intervalle des sondages. Un litre trois-quarts en vingt-quatre heures.

L'appétit, disparu depuis quelques semaines, commence à revenir. Le malade sait se sonder maintenant, il va partir en très bon état général.

M. Guyon l'examine complètement pour reconnaître les causes du prostatisme chez un homme aussi jeune, et constate les signes de lésions athéromateuses déjà avancées.

Artères superficielles, flexueuses et dures, sensation classique de tuyau de pipe. La faciale, la radiale, la temporale, ont des courbes très accusées et répétées.

On sent la crosse de l'aorte dilatée battre à la fourchette sternale. Second bruit du cœur fortement claqué avec timbre métallique.

Arc sénile de la cornée commençant à s'indiquer. Plateau caractéristique au sphygmographe. Bourdonnement d'oreille. Lourdeur de tête. Comme aspect général, il est amaigri, fatigué, et a bien plutôt l'aspect d'un homme de 50 ans que de 40.

Cette observation, en somme banale, ne présente d'intérêt qu'à cause de l'âge du malade.

OBSERVATION II

Urétrite blennorrhagique postérieure. — Hypertrophie prostatique chez un homme jeune encore, 42 ans.

(Due à M. Vieu)

Le 25 novembre 1890 est entré dans la salle des blessés n° 8 (salle Bouisson) le nommé F... (Charles), cultivateur, domicilié à Réalmont (Tarn).

C'est un homme vigoureux, âgé de 42 ans, de très bonne constitution apparente ; il dit n'avoir jamais été malade. On

est frappé par la flexuosité et la dureté remarquable de la radiale ; les bruits du cœur sont un peu claqués.

Cet homme a contracté la blennorrhagie une première fois, il y a vingt ans, quand il était soldat ; il guérit très bien, et depuis n'a jamais rien eu du côté des voies urinaires, jusqu'en mai 1889. A cette époque, il va à Narbonne avec son patron, et après une soirée et une nuit de plaisirs, il contracte une nouvelle blennhorragie qui ne l'occupe guère, cependant, et qu'il ne traite d'aucune façon. L'écoulement était insignifiant, pas de douleurs ; cela devait guérir et fut guéri tout seul, nous dit-il. Un mois après le coït, il commença à éprouver des douleurs de cuisson dans la région postérieure de l'urètre ; dès lors, il commença à uriner plus fréquemment, cinq ou six fois le jour, deux ou trois fois la nuit, et depuis, la quantité des mictions est allée sans cesse en croissant, et, au bout de six mois, le malade urinait vingt-cinq à trente fois en vingt-quatre heures, autant la nuit que le jour ; les urines étaient sales, visqueuses.

En novembre 1889, les symptômes deviennent plus inquiétants, la douleur est plus grande, et pendant huit jours le malade urine du sang ; toute l'urine est colorée en rouge. Après ces huit jours, l'urétrorragie fut moindre, mais après la miction il urine toujours, depuis ce moment, la valeur d'une ou deux cuillerées de sang ou d'urine sanguinolente.

Depuis un an, aucun travail n'est possible, surtout à cause du ténesme. Pas de douleurs au niveau de la vessie ou des reins. Actuellement, le malade urine environ cinquante fois en vingt-quatre heures, autant la nuit que le jour. Il remarque qu'étant levé, il urine moins souvent que lorsqu'il est couché.

1/2 litre tisane uva ursi et bouillon.

Salol . . .	2 gr.	3 cachets.
Quinine. .	0 gr. 60 c.	

Lavement tous les soirs avec :

Eau.	1 litre
Miel.	8 grammes
Laudanum.	8 gouttes

Température de 50 à 55°.

26 novembre. — Le malade a uriné hier dans la journée vingt-six fois, dans la nuit trente fois. L'exploration de l'urètre avec bougie à sonde de Guyon n'indique aucun rétrécissement. L'exploration avec la sonde de Mercier fait reconnaître une légère hypertrophie de la prostate et barre à l'entrée de la vessie.

Les urines d'une miction recueillie dans trois verres, au début, au milieu et à la fin, n'offrent aucun caractère différentiel ; dans les trois verres, on trouve un peu de muco-pus avec quelques stries sanguines.

28 novembre. — La fréquence des mictions a été moindre les dernières 24 heures.

29. — Pouls 72. Etat général bon. Mictions hier, dans les 24 heures, 35 fois. Urines un peu plus claires, la couche de muco-pus qui est au fond du verre est moins épaisse.

2 décembre. — Le malade a uriné 26 fois dans les 24 heures. L'état général est toujours bon. Encore du mucus, quelquefois avec des stries sanguines au fond du récipient de l'urine.

10.— La fréquence des mictions diminue toujours, hier 20 fois dans les 24 heures, autant la nuit que le jour.

11. — Cathétérisme explorateur. Sonde de Mercier. Si on essaie de retirer doucement la sonde, le bec tourné en bas, on est arrêté par une barre verticale. Lavage de la vessie avec eau boriquée contenant une pincée de naphtol ; à la sortie, les premières gouttes sont teintées de sang.

Hypertrophie des fibres musculaires en arrière de la prostate. On sent aussi des brides musculaires sur les parois

latérales de la vessie. — Donc vessie à colonnes. — Par le toucher rectal, on sent la prostate hypertrophiée légèrement, mais elle ne fait pas une tumeur considérable dans le rectum.

14. — Le malade sort bien amélioré.

OBSERVATION III

Rétrécissement bulbaire et pénien blennorrhagique. — Urétrotomie interne. — Exploration manométrique de la contractilité vésicale. — Barre prostatique. — Prostatotomie périnéale. — Retour de la miction volontaire.

(Observation recueillie par M. Lassalle, chez un homme de 55 ans)

Malgré des tentatives plusieurs fois répétées, la dilatation du rétrécissement était impossible chez ce malade. — On lui fait une urétrotomie interne au milieu d'accidents fébriles. Malgré qu'on passât le n° 48, le malade ne put uriner sans sonde. — On adapte à la sonde un tube manométrique vertical (en verre) et l'urine monte à plus d'un mètre dans le tube. Cette mesure est faite trois fois à plusieurs jours d'intervalle et donne chaque fois les mêmes résultats. Elle indique donc que le défaut de miction ne tient pas à une insuffisance de la contraction vésicale. L'exploration par le toucher rectal dénote une saillie considérable de la prostate. L'exploration avec la sonde à béquille de Mercier, fait constater une barre au niveau du col plutôt qu'une hypertrophie arrondie du lobe moyen (22 décembre 1886).

Au mois d'avril 1887, taille médiane, incision profonde au niveau de la barre, introduction d'un gros tube en gutta-percha de deux centimètres de diamètre ; hémorragie légère. Le

tube est laissé en place pendant douze jours. Les jours suivants, cathétérisme avec les numéros 50 et 52 des Béniqué. Depuis cette époque, le malade urine sans sonde, mais il introduit tous les soirs une sonde de Nélaton pour évacuer la vessie et diminuer la fréquence des urines nocturnes, qui sont au nombre de trois à cinq.

OBSERVATION IV

Hypertrophie de la prostate.— Cathétérisme impossible.— Ponction capillaire.— Cystotomie sus-pubienne. — Bon résultat.

(Due à M. Sacaze, interne du service)

S.... (Joseph), âgé de 67 ans, cultivateur, admis à l'hôpital le 12 juillet 1890. Rien de particulier dans les antécédents. Il y a sept à huit ans, il commença à être obligé de se lever la nuit pour uriner ; le premier jet ne se produisait qu'après une certaine attente. L'affection s'aggrava brusquement lorsqu'il il y a quatre ans, on lui fit l'ablation de son avant-bras au pli du coude. Les mictions à partir de ce moment deviennent de plus en plus difficiles, bientôt l'urine ne sortit que goutte à goutte. En outre, depuis un an, cet homme a remarqué que son appétit a diminué, qu'il trouve certains aliments moins bons ; les besoins d'uriner se montrent toutes les demi-heures.

Le 6 juillet, il fait une longue marche pour se transporter dans une ville voisine et prend le soir une petite dose d'absinthe. Après son souper, il lui est impossible de vider la vessie, bien qu'il en sente le besoin impérieux.

On appelle un médecin qui tente le cathétérisme. Une première fois, il parvient à soulager le malade. Dans une seconde manœuvre, il ne peut réussir et crée une fausse route. La rétention continue ; il sort de temps en temps quelques gouttes d'urine par regorgement. C'est dans ces conditions qu'il arrive dans nos salles.

Nous constatons d'abord que la vessie est très distendue ; elle remonte bien au-dessus de la symphyse pubienne.

Le malade, en contractant sa paroi abdominale, arrive parfois à expulser une petite quantité d'urine. Perte d'appétit à peu près complète. Abattement.

13 juillet. — Même état, on prescrit 0 gr. 60 de sulfate de quinine et un lavement froid. T. 38,2. Dans la soirée on retire un peu d'urine avec une très petite sonde en gomme.

14 juillet. — T. 37,4 et 38,5. Le malade continue à souffrir ; le cathétérisme est impossible. On fait une ponction capillaire. Lavement et bain de siège.

15 juillet. — T. 37,5 et 38,2. On introduit une petite sonde.

19 juillet. — La température s'est maintenue autour de 38°. Aujourd'hui, dans la soirée, elle monte à 40,1. Les forces diminuent, la soif est intense, la langue est sèche et rouge sur les bords. Les sondes en gomme, même les plus petites, ne dépassent pas la région prostatique. C'est par regorgement que l'urine suinte de la vessie.

Dépôt purulent au fond de l'urinoir.

20 juillet. — T. 37,5 et 39,5. Comme la rétention persiste et que l'état s'aggrave de jour en jour, M. Tédenat pratique la cystotomie sus-pubienne. Le malade est anesthésié. Incision progressive des diverses couches de la paroi abdominale.

M. Tédenat constate alors que le trajet de la ponction capillaire laisse sourdre un liquide purulent qui provient d'un abcès qui s'était formé au-devant de la vessie, derrière la paroi abdominale et dans la partie la plus élevée de la cavité

de Retzius. L'origine de cet abcès était due à l'issue par le trajet de la ponction capillaire de l'urine purulente qui avait déterminé le phlegmon.

Au moment où l'on pénètre dans la vessie, le péritoine est blessé ; il sort un liquide citrin. Afin d'empêcher les anses intestinales de sortir et pour préserver la cavité péritonéale de toute infection, on dispose un tampon de coton en ce point. L'ouverture de la vessie donne issue à une grande quantité d'urine trouble et à un véritable flot de pus. On fait un lavage très abondant de ce réservoir avec une solution créolinée. Par deux points de suture, on restreint la partie supérieure de la plaie vésicale que l'on fixe à la paroi abdominale ; un point de suture en bas de l'incision. On fixe dans l'angle inférieur un tube de Périer pour faire des irrigations deux fois par jour.

21 juillet. — T. 37,9 et 39,4. Cet homme ne souffre plus. La verge et les bourses sont légèrement œdématiées. Vaseline iodoformée sur les bords de la plaie.

22 juillet. — T. 38,3 et 38,1. Le malade se sent bien, aucune douleur de ventre. La peau est très rouge autour de l'ouverture abdominale ; par la pression, on provoque en ce point quelques phénomènes douloureux. Lavement purgatif.

23 juillet. — T. 37,4 et 37,4. Pas de souffrances. Appétit encore peu considérable. Le malade boit au contraire beaucoup.

25 juillet. — Température normale. La zone inflammatoire qui est autour de la plaie tend de plus en plus à disparaître.

26 juillet. — Temp. autour de 37°. On enlève le tube de Périer et on le remplace par une grosse sonde en caoutchouc. État général excellent. Sur la plaie gaze enduite de vaseline iodoformée.

18 août. — Température toujours normale. Depuis l'opération ce malade a pris un certain embonpoint.

L'urine est très claire. Quoique la plaie abdominale se soit

bien rétrécie, et que la sonde fonctionne régulièrement, il suinte toujours au dehors quelques gouttes d'urine de manière à mouiller les draps. C'est le seul ennui qui tourmente actuellement le malade. Les troubles digestifs n'existent plus.

15 septembre — Même état.

1er octobre. — A ce moment la sonde remplit complètement le trajet sus-pubien ; deux ou trois fois par jour on est obligé de faire un lavage de la vessie et de la sonde, afin d'enlever un dépôt de matières blanchâtres qui s'opposent au libre écoulement de l'urine et provoquent des douleurs. Santé générale fort bonne.

8 novembre.— On essaie d'installer un appareil de la façon suivante : Dans la fistule est fixée avec une plaque en gutta-percha, une canule à trachéotomie en caoutchouc, celle-ci porte un tube qui conduit l'urine dans un urinal ordinaire. Le malade peut ainsi se lever tous les jours.

OBSERVATION V

Hypertrophie énorme de la prostate.— Cathétérisme nécessaire depuis six mois. Fièvre urineuse grave. — Cystotomie sus-pubienne. — Résultats excellents.

(Personnelle)

X..., négociant, âgé de 74 ans, solidement constitué. Le père était goutteux ; lui-même a eu des migraines fréquentes dans sa jeunesse, plusieurs poussées d'eczéma, des douleurs vagues dans les articulations des pieds et des mains, mais pas de véritables accès de goutte. Il est porteur de varices très

développées aux jambes. Notre malade a abusé des plaisirs de la table ; il n'a pas eu d'affection vénérienne.

Depuis l'âge de 65 ans, il urine cinq ou six fois la nuit. Il y a trois ans, à la suite d'une course en voiture durant laquelle il résista au besoin d'uriner, rétention d'urine qui ne céda ni aux bains de siège, ni aux cataplasmes pendant deux pleins jours. Le cathétérisme, fait avec une sonde en métal, donna lieu à une hémorragie urétro-vésicale qui persista pendant deux ou trois jours, au bout desquels (le cathétérisme étant répété trois fois par jour avec une sonde à béquille en gomme) l'hématurie s'arrêta, mais l'urine jusqu'alors claire présenta des dépôts. Le cathétérisme fut continué trois ou quatre fois par jour pendant un mois ; sans la sonde, le malade ne pouvait rendre la moindre quantité d'urine. Sous l'influence des bains de siège froids et courts, des frictions avec la teinture de quinquina, d'injections vésicales tempérées d'eau boriquée, le malade se mit à uriner sans sonde au bout d'un mois. La miction, pénible, avait lieu dix ou douze fois le jour, une vingtaine de fois la nuit.

Le malade était dans cette situation, mangeant peu, digérant mal, frileux, urinant au prix de grands efforts, quand il consulta M. Tédenat, le 21 janvier 1888. Ce chirurgien constata, par le toucher rectal, que la prostate était très volumineuse ; par le cathétérisme même constatation. Il fallait abaisser beaucoup la poignée de la sonde de Mercier pour entrer dans la vessie. L'urine contient un dépôt muco-purulent et est neutre. M. Tédenat conseille au malade un lavement chaud tous les soirs, un cathétérisme matin et soir, avec une sonde en caoutchouc rouge n° 17, suivi chaque fois d'une injection intra-vésicale d'eau boriquée tiède. Régime doux, frictions sèches sur tout le corps ; jusqu'au mois de juin 1888, mieux sensible. La miction a lieu quatre ou cinq fois de moins la nuit, le malade repose mieux, mange davantage.

Le 15 juin, à la suite d'une tentative de coït accompagnée de toutes les excitations buccales et manuelles possibles, rétention complète d'urine. Le malade ne peut introduire sa sonde ; le 19 juin, quand M. Tédenat fut appelé auprès du malade, la vessie remontait à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, bien qu'il y eut regorgement ; le malade avait eu deux frissons, sa langue était sèche. M. Tédenat introduisit sans grandes difficultés la sonde de Gély et retira seulement un litre d'urine. Il put alors introduire la sonde en caoutchouc de Nélaton, n° 17. Celle-ci fut bouchée, et tous les quarts d'heure le bouchon était enlevé pour laisser couler un demi-grand verre d'urine. La vessie fut ainsi vidée lentement, dans le but d'éviter le suintement sanguin intra-vésical, si commun quand on évacue trop rapidement la vessie distendue. Sulfate de quinine 0,60, capsules d'extrait de térébenthine ; lait.

Sous l'influence de cette médication interne, de la prudence dans les cathétérismes évacuateurs, des injections d'eau boriquée, la fièvre céda au bout de sept ou huit jours, mais, dès ce moment, le malade fut obligé de se sonder quatre fois par jour en moyenne.

Vers le milieu de décembre 1888, l'urètre supporta mal la sonde, dont l'introduction devenait très douloureuse ; d'ailleurs, les besoins d'uriner se faisaient sentir toutes les demi-heures ; urines neutres, quelquefois alcalines, avec un dépôt purulent très abondant. Perte d'appétit, dégoût des aliments, de temps en temps fièvre le soir.

L'aggravation continuant, les besoins douloureux d'uriner se rapprochant, M. Tédenat proposa la cystotomie sus-pubienne (16 janvier 1889). Le malade refusa d'abord, mais finit par la demander le 3 février, à cause de plusieurs frissons fébriles survenus les 22, 25, 30 janvier. La langue était sèche, la température atteignait souvent 40°. Anorexie, bouche mauvaise.

4 février. — Taille sus-pubienne avec toutes les précautions habituelles (antisepsie, injection d'eau boriquée dans la vessie. Ballon de Pétersen).

A la suite de l'opération, la fièvre céda, et une amélioration rapide se fit dans l'état général du malade. Les tubes de Périer furent enlevés le cinquième jour.

25. — La plaie est réduite au point de n'admettre qu'une sonde 24 de Charrière. Urine claire, température normale. Le malade prend avec plaisir bouillon, lait, œufs.

3 mars. — Canule à trachéotomie en gutta-percha, à travers laquelle une sonde en caoutchouc rouge plonge dans la vessie sur une longueur de quatre ou cinq centimètres. Son extrémité libre plonge dans un urinal. Le malade se lève trois ou quatre heures par jour, se nourrit bien, reprend ses forces.

19 mars. — La sonde sus-pubienne est raccordée à un tube qui se rend à un urinal en caoutchouc fixé à la cuisse. Elle est maintenue ouverte et de la sorte aucun suintement appréciable ne se fait entre la sonde et le méat sus-pubien.

L'état général resta bon jusqu'au mois de février 1890 ; le malade se promenait, mangeait d'assez bon appétit, rendait des urines claires (2 litres environ) contenant une faible quantité d'albumine. Mort le 10 février, de pneumonie grippale.

OBSERVATION VI

Hypertrophie de la vessie.— Calculs prostatiques. — Prostatectomie.

(Due à M. Puech)

V...., 64 ans, maçon, domicilié à Vic-Mireval, entre le 15 janvier 1890 dans le service de M. le professeur Tédenat, salle Bayle n° 7. Il vient pour des troubles vésicaux.

C'est un homme de complexion et de taille moyennes, profondément abattu par suite des violentes douleurs qu'il éprouve depuis un an et découragé au point qu'il a pu songer un moment au suicide. Antécédents héréditaires excellents. Lui-même n'a d'autre passé pathologique qu'une fièvre intermittente rapidement disparue sous l'influence de la quinine, et une sciatique contractée il y 8 ans et qu'il a conservée 7 mois.

Depuis cette époque le malade a tous les étés une éruption cutanée (?) accompagnée de démangeaisons très fortes.

Il y a trois ans que les troubles de la miction se sont montrés ; ils étaient caractérisés par une fréquence tant diurne que nocturne ; le malade urinait 8 à 10 fois le jour et 5 à 6 fois la nuit.

A différentes reprises, vers la fin de l'année 1887, il constata dans ses urines la présence de quelques gouttes de sang. Sous l'influence du repos et du régime, ces légères hématuries disparurent complètement. Mais au mois d'août 1888, un an après, les urines redevinrent sanguinolentes, en même temps que les mictions étaient douloureuses. Il vint à Montpellier se confier à un médecin qui lui fit des lavages boriqués deux fois par jour ; en même temps, il fut soumis à l'usage de la térébenthine. Il quitta Montpellier au bout d'un mois et demi avec la recommandation de se sonder deux fois par jour, et muni

d'un instrument destiné à faire des lavages de la vessie. Mais bientôt le malade renonce de lui-même à son traitement. A cette époque, janvier 1889, les urines étaient purulentes et le malade éprouvait toujours des douleurs considérables à l'occasion de la miction ; ces douleurs intolérables et très fréquentes lui arrachaient des cris et lui laissaient à peine une demi-heure de repos pendant la nuit.

Ce n'est qu'un an après qu'il entre à l'hôpital.

L'exploration de la vessie avec l'instrument de Thompson permet de constater dans cet organe l'existence de plusieurs calculs, le même examen fait six mois auparavant par M. le professeur Tédenat était resté complètement négatif sur ce point.

Les urines laissent déposer un muco-pus très abondant. Miction tous les quarts d'heure avec cris épouvantables. Le toucher rectal décèle une hypertrophie considérable de la prostate, hypertrophie que l'on constate aussi par le palper sus-pubien. Appétit nul. Insomnies. État général mauvais.

Les 17, 18 et 19, le malade soumis au régime lacté, à l'usage du salol et à l'administration de la quinine, est préparé à l'opération. Le 19, purgatif.

Le 20, la taille hypogastrique est pratiquée pour permettre l'ablation du lobe prostatique hypertrophié. Anesthésie. Précautions antiseptiques habituelles, introduction dans le rectum du ballon de Pétersen distendu par 300 grammes de liquide. Injection dans la vessie d'eau créolinée légère.

M. le professeur Tédenat fait une incision sus-pubienne de 8 centimètres. Une veinule est pincée dans l'angle inférieur de la plaie. On arrive facilement sur la face antérieure de la vessie et, en ménageant le tissu cellulaire prévésical, on refoule en haut le cul-de-sac péritonéal, que l'on maintient dans cette position avec une petite valve de Sims confiée à un aide. La face antérieure de la vessie est ponctionnée, et par cet orifice

une sonde cannelée est introduite. On agrandit l'incision verticale dont chaque lèvre est traversée par un fil lié en anse, de manière à obtenir un facile écartement.

On extrait très facilement avec les doigts huit petits calculs arrondis, phosphatiques. On peut alors se rendre aisément compte de la saillie considérable formée par la prostate, dont la forme et les dimensions sont comparées par M. le professeur Tédenat à un corps utérin sectionné au niveau des insertions vaginales.

La portion de muqueuse qui recouvre le lobe prostatique saillant ayant été incisée, on saisit ce dernier avec de fortes pinces, et avec de gros ciseaux courbes, on excise un morceau volumineux pesant 22 grammes.

D'autres petits morceaux arrachés par les pinces sont balayés par le lavage à l'eau créolinée tiède et légère qui n'a cessé tout le temps de l'opération de laver la vessie.

Hémorragie insignifiante.

Après un dernier lavage, on ferme par une suture à la soie la partie supérieure de la plaie vésicale, et on fixe dans l'angle inférieur deux tubes de Périer. Deux points de suture rétrécissent en haut l'incision cutanée.

Iodoforme, gaze iodoformée, large couche de coton antiseptique sur l'abdomen, maintenue par un bandage de corps. Le malade est emporté dans son lit, entouré de bouillottes chaudes.

Un des tubes de Périer est mis en communication avec un long drain plein, qui vient lui-même plonger dans un bocal contenant un peu d'eau créolinée. Par le tube ainsi disposé on fera des lavages toutes les 4 heures.

Bouillon, lait, sulf. de quinine, potion avec 3 gr. d'ergotine.

Température soir : 37,2 ; pouls 80, régulier.

Le 21. — Température 37,2, 37,6. Pouls 100.

A eu hier, dans l'après-midi, des vomissements chloroformés, disparus dans la soirée. Insomnie par suite des démangeaisons

très vives dues à une urticaire apparue sur les membres supérieurs, au cou et à la partie antérieure du tronc. Les tubes de Périer fonctionnent mal, et on est obligé de renouveler le pansement. Même régime.

Le 22, Temp. 36,6, 38,1 ; pouls entre 92 et 96. Le malade a bien reposé la nuit, l'urticaire a disparu, les tubes de Périer ne fonctionnant plus, sont enlevés ; la plaie est en excellent état.

On introduit par l'urètre une sonde en caoutchouc rouge par laquelle on fait dans la vessie un lavage à l'eau boriquée. Le liquide ressort facilement par la plaie hypogastrique.

L'état général est bon, le malade demande à manger. Œuf, bouillon, vin. Dans la journée, il ressent de violents besoins d'uriner par la verge.

Le 23, ces besoins d'uriner sont bien atténués. Ce jour-là comme les suivants, on pratique des lavages de la vessie en introduisant une sonde dans le canal.

Le 25, apparition d'une urétrite purulente, disparue au bout de 3 jours. L'apyrexie est complète.

Le 29, on passe successivement les numéros 29, 33 et 40 des bougies Béniqué. La plaie hypogastrique est en excellent état, et se restreint chaque jour. Le malade ne se plaint que d'une constipation opiniâtre, combattue par un demi-verre d'eau de Janos tous les matins. On passe des bougies tous les 4 ou 5 jours.

Le 5 février, le n° 48 est introduit.

Le 15, on place une sonde molle de Nélaton, qu'on se propose de laisser à demeure, mais ce n'est que le 22 que le malade peut la garder en permanence. Par elle s'écoule l'urine qui est claire. La cicatrisation de la plaie hypogastrique est presque complète.

Le 28 février, le malade peut émettre un peu d'urine, sans le

secours d'une sonde ; mais la miction est pénible et un peu douloureuse.

Le 2 mars, il commençait à se lever.

Le 16, une petite fistule s'ouvre au niveau de l'angle inférieur de la plaie hypogastrique totalement cicatrisée depuis six jours. Le malade est gêné par la présence d'une grosse hernie inguinale gauche qui exerce des tiraillements au niveau de la plaie.

Le 22, le malade quitte l'hôpital « heureux, dit-il, d'avoir subi son opération ». Il peut garder ses urines pendant 2 ou 3 heures et reposer la nuit, grâce au maintien dans le canal d'une sonde de Nélaton. Urines claires. Etat général bon.

Six mois après, la fistule hypogastrique existe toujours, laissant suinter quelques gouttes quand le malade urine, ce qui arrive toutes les 2 ou 3 heures. Urine claire.

Au mois de novembre 1890, le malade jouit d'un excellent appétit, fait tous les jours de grandes promenades. Il urine environ toutes les 3 heures, sans efforts et sans douleurs.

Les sondes de Béniqué n° 50 entrent sans trouver d'obstacles à l'entrée de la vessie.

Depuis, le malade a été atteint de ramollissement cérébral.

CONCLUSIONS

De notre travail nous pouvons conclure :

1° Tous les prostatiques sont athéromateux, et l'hypertrophie de la prostate est en relation pathogénique étroite avec l'artério-sclérose.

2° L'hypertrophie prostatique et l'athérome s'observent le plus souvent dans la vieillesse avancée ; mais cela n'est pas constant et les cas de prostatisme chez des hommes encore jeunes ne sont pas rares.

3° Chez le prostatique, l'artério-sclérose tend à atrophier les organes. C'est un résultat fréquent. Mais il n'est ni général ni forcé et ne s'étend pas toujours et avec la même intensité à tous les organes d'un même appareil.

4° Il suit de là : *a)* que la vessie, même chez un prostatique très avancé, peut conserver sa contractilité ; *b)* et qu'en conséquence les contre-indications opératoires que Guyon avait fondées sur ce fait tombent d'elles-mêmes.

5° Le traitement curatif combattu par cette raison que la vessie, paralysée, ne saurait récupérer sa contractilité, devient donc légitime.

6° Ce traitement a donné de constantes améliorations et, dans quelques cas, des guérisons réellement complètes.

7° On peut suivre, pour les opérations, soit la voie sus-pubienne, soit la voie périnéale. Le choix en sera déterminé par le diagnostic du siège et de la forme de l'obstacle.

8° La fièvre urineuse et des altérations rénales paraissant

irremédiables, sont les seules contre-indications à ce traitement curatif.

9° On doit alors avoir recours aux opérations sanglantes palliatives.

10° Les seules recommandables sont les cystotomies.

11° On devra, dans ces cas, préférer la taille sus-pubienne à la taille périnéale, et opérer suivant les préceptes donnés par Poncet (de Lyon).

Vu permis d'imprimer :
Montpellier, le 18 décembre 1890.
Le Recteur de l'Académie,
H. GÉRARD.

Vu bon a imprimer :
Montpellier, le 18 décembre 1890.
Le Doyen,
A. CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !